

^c Laboratoire du mouvement, CHRU de Brest, Brest, France

^d Service de médecine physique et réadaptation, CHRU de Brest, Brest, France

* Auteur correspondant.

Mots clés : Ligament croisé antérieur ; Biomécanique ; Changement de direction ; Sport ; Handball ; Genre

Introduction.— La rupture du ligament croisé antérieur (LCA) est une blessure fréquente dans le handball avec un risque 3 à 5 fois plus important chez les filles [1]. La manœuvre de débordement est un geste technique spécifique au handball comportant un changement de direction. C'est la principale circonstance de rupture du LCA dans ce sport [2]. Le but de cette étude était de décrire et comparer la cinématique du genou et du reste du corps entre les filles et les garçons qui exécutaient ce geste sans contrainte. L'hypothèse nulle était l'absence de différence de genre sur les rotations axiales du genou pivot lors de la phase d'appui.

Patients et méthodes.— Quinze femmes et quatorze hommes ont exécuté une même manœuvre de débordement. Tous étaient habitués à pratiquer cette manœuvre à l'entraînement dans leur structure fédérale de handball. Les données spatio-temporelles et les paramètres cinématiques du genou pivot, du pied et de la hanche homolatérale, du bassin et du tronc ont été mesurés par un système de mesure 3D du mouvement Vicon. Les données ont été comparées par un test de Mann-Whitney.

Résultats.— Le geste analysé était très reproductible malgré l'absence de contrainte. Les handballeurs avaient une vitesse instantanée au poser du pied plus importante. La durée de la phase d'appui était comparable. Aucune différence significative n'a été mise en évidence concernant les rotations axiales du genou lors de la phase d'appui pivot. Au poser du pied au sol, les filles avaient un genou moins fléchi et plus en valgus comparativement aux garçons. La rotation du bassin était aussi moins importante chez les filles. Des différences de genre ont également été retrouvées au cours de la phase d'appui au niveau du plan frontal du genou et du plan transversal de la hanche sus-jacente.

Discussion.— Les postures du genou observées suggèrent un risque de rupture du LCA plus important chez les filles. Un travail de prévention pourrait être proposé pour diminuer ce risque. Les interactions entre la hanche et le genou semblent importantes.

Références

[1] Renstrom P, Br J Sports Med, 2008.

[2] Olsen O. E, Am J Sports Med, 2004.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.716

CO11-010-FR

Plaies chirurgicales de l'appareil locomoteur en service de médecine physique et de réadaptation (MPR)

P. Ribinik^{a,*}, B. Barrois^b, R. Budet^b, A. Quesnot^b

^a Service de médecine physique et de réadaptation, centre hospitalier Emmanuel-Rain-Gonesse, 25, rue Bernard-Février, 95500 Gonesse, France

^b Centre hospitalier Emmanuel-Rain-Gonesse, Gonesse, France

* Auteur correspondant.

Mots clés : Cicatrice ; Chirurgie ; Pansement ; Rééducation

Introduction.— La durée d'application d'un pansement sur une plaie chirurgicale repose sur les habitudes. Maintenir un dispositif engendre un inconfort pour le patient et une charge en soins.

Objectif.— Évaluer la cicatrisation des plaies chirurgicales de l'appareil locomoteur (fils non résorbables ou agrafes) en fonction du traitement local et analyser les soins infirmiers et de rééducation.

Méthode.— Laisser la cicatrice à l'air dès que possible à l'entrée en MPR, s'il n'y a pas de risque lié au patient (incontinence, troubles du comportement) et avec son accord, après élaboration d'une procédure en réunion interdisciplinaire de service à l'issue d'une revue de la littérature (1980–2010). Évaluer les conséquences pour le patient et pour l'équipe.

Résultats.— Cent un patients âgés en moyenne de 64 ans, hospitalisés en MPR entre le 14/06/10 et le 28/02/11, ont bénéficié de 103 interventions. Tous les patients ont un pansement à l'entrée à 6,6 jours postopératoires. Soixante dix-

Les fils sont retirés à 15,8 jours postopératoires. Vingt-quatre pansements sont maintenus, 2 à la demande des patients. Les fils sont retirés à 16,6 jours postopératoires. Tous les patients ont cicatrisé, sans désunion ni infection locale. Un sepsis profond après ostéosynthèse du cotyle s'est extériorisé secondairement. Les résultats sont identiques après chirurgie programmée ou en traumatologie. **Discussion–Conclusion.**— La revue de la littérature précise qu'il n'y a pas d'intérêt à maintenir un pansement au-delà du troisième jour postopératoire. Dans notre série la suppression précoce du pansement n'a pas engendré d'infection locale. De plus, la surveillance de la cicatrice est aisée, son massage est débuté précocement, la toilette est facilitée et la vie quotidienne confortable pour le patient. La charge en soins infirmiers a diminué : diminution d'au moins un pansement par patient par séjour (réduction du matériel et du temps soignant), ablation aisée des fils/ou agrafes. L'efficacité est accrue.

Pour en savoir plus

La cicatrisation cutanée. Revol M., Servant J.M. In: Chirurgie orthopédique : principes et généralités ; Collection techniques chirurgicales orthopédie-traumatologie de l'adulte, Paris: Masson Ed; 2004.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.717

Version anglaise

CO11-001-EN

Anterior cruciate ligament surgery. History and controversies

J.F. Kouvalchouk

Hôpital Foch, 28, rue Gabriel-Péri, 92110 Clichy, France

Keywords: Anterior cruciate ligament; Plastics of the anterior cruciate ligament; History of the surgery of ACL

Long, very long, is the history of the ACL surgery, which began around the end of the 19th century with Robson, and complicated because it is peppered with controversies, back-and-forth decision, and "rediscoveries". Direct sutures, the first ones practiced and recommended into the 70s were abandoned for lack of effective healing.

In the 70s and 80s, only plasties were practiced but what a discussion! There was a conflict about two conceptions about the types of plasties: one, anatomical, advocated substitution of the ACL, the other, functional, addressed only the pivot shift by an extra-articular reconstruction. This was effective, but left persist the antero-posterior instability and thus no protection from secondary meniscal tears and chondral lesions; it was practically given up, at least individually.

For the years 80–90, only anatomical plasties were practiced, but what graft? Grafts known as active with the semi-tendinosus were in fact ineffective. A part of the patellar tendon, used differently, before it was practiced in accordance with the technique improperly known as Kenneth Jones, in fact described before by Franke under its current form. Ischio-tibialis but what a discussion: one tendon, two close tendons or in two bundles, or folded up on themselves in 4 bundles? However, the extra-articular reconstruction is still used as a complement, either by a separate plasty, or by a same graft taken from the quadriceps-patellar tendon (MacIntosh) or by an ilio-tibial band.

The 80s saw the development of synthetic augmentations (Kennedy Lad, carbon) abandoned because of synovitis, and that of ligament prosthesis (Gore Tex, dacron) also quickly given up because of breakings due to their too great "stiffness". Useless to lengthen the list of controversies about fixation issues.

From the 90s, arthroscopy surgery enters its full development phase, not modifying the techniques but assuring immediate effects.

What about 2011? There is currently a consensus in favour of arthroscopic surgery but the discussion remains between the patellar tendon and ischio-tibialis tendons. What will be the future? Development of computer-assisted surgery? Allograft, already practiced but still discussed? Growth factors?

The story, with its controversies, is certainly not over.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.718